

# Prospettive Sociali e Sanitarie

# 8

ANNO XII ● 1 MAGGIO 1982

LEGGE FINANZIARIA E SPESA SANITARIA ●  
RIFORMA DELL'ASSISTENZA A ROTOLI ● RIA-  
BILITAZIONE DEGLI HANDICAPPATI ● PRO-  
TOCOLLI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO ●  
AMBULATORI PSICHIATRICI PERIFERICI ●

# Recupero funzionale e superamento dell'esclusione nel processo di riabilitazione

Il termine "riabilitazione" (di derivazione anglosassone) è entrato nel nostro ordinamento giuridico-sanitario soltanto in tempi recenti; nelle disposizioni amministrative e ministeriali esso fu adottato agli inizi degli anni '60 quale sinonimo di "recupero funzionale". Si tratta di una ambiguità non soltanto espressiva, ma soprattutto concettuale e scientifica, tutt'altro che risolta.

La stessa legge sull'istituzione del servizio sanitario nazionale (così come il disegno di legge sul piano sanitario nazionale) conserva tale ambivalenza. Sotto il titolo *Prestazioni di riabilitazione* si legge: "Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali... sono erogate dalle Unità sanitarie locali attraverso i propri servizi". Potrebbe sembrare che per riabilitazione s'intenda contestualmente il recupero funzionale e quello sociale, ma questa interpretazione è compromessa dal fatto che si tratta di "prestazioni sanitarie" alle quali non possono competere interventi sociali. Nella storia della medicina e della clinica il concetto di riabilitazione si inserisce nel processo della progressiva individualizzazione dell'intervento terapeutico e nella sua estensione, in forme anche paramediche, dopo il superamento della fase acuta della malattia.

La pratica del "recupero funzionale" ha origine ospedaliera e istituzionale dopo il primo conflitto mondiale nei confronti dei mutilati e invalidi di guerra e intenti sia riparativi e risarcitivi (in un ambito etico e patriottico), sia economici (riutilizzo degli invalidi e dei mutilati in una situazione di scarsità di mano d'opera). La prima applicazione giuridica analogica risale al 1940: *Assistenza e cura degli infermi poveri recuperabili affetti da poliomielite anteriore acuta*, da attuarsi in appositi centri o reparti all'uopo costituiti. Una legge del tutto uguale viene approvata nel 1954 per "gli affetti da paralisi spastica infan-

tile" (discinetici). Questo provvedimento, dotato di uno stanziamento ragguardevole per quei tempi, congiuntamente alle influenze della medicina fisioterapica statunitense e scandinava, innesca una espansione molto forte delle attività del "recupero funzionale".

Nel 1966 si allarga enormemente l'utenza quando il diritto viene esteso agli "invalidi civili". Fino al 1971 "l'assistenza sanitaria specifica per il recupero funzionale" viene erogata con alcune limitazioni (recuperabilità dei soggetti, stato di bisogno, età non superiore ai 15 anni), poi gradualmente è concessa a tutti. Lo stesso processo normativo riguarda la fornitura e le prestazioni protesiche.

Si può dire comunque che nell'arco di un decennio a tutti gli handicappati per qualsiasi causa viene riconosciuto il diritto alla "riabilitazione".

A questo riconoscimento tuttavia non consegue da parte dello Stato l'istituzione di alcuna struttura sanitaria, ospedaliera o extraospedaliera. Il Ministero della sanità affida ad enti autarchici e a privati soprattutto il recupero e la rieducazione dei minori handicappati mediante l'istituto giuridico della "convenzione". Poiché la domanda è molto estesa e poiché i servizi di riabilitazione risultano altamente remunerativi, sorgono a centinaia centri e istituti "di recupero", "medico-sociali", "di riabilitazione e rieducazione", "medico-psico-pedagogici": nel 1968 i centri convenzionati con il Ministero della sanità erano oltre 600.

Si costituisce di fatto una organizzazione "sanitaria" parallela a quella ufficiale; la sua funzione suppletiva ha in ogni caso caratteristiche eminentemente assistenziali e la riabilitazione costituisce soltanto la giustificazione formale per ottenere le sovvenzioni dello Stato. In realtà si tratta di un moltiplicarsi della pratica sociale dell'emarginazione, per scopi assistenziali e riparatori, sotto l'etichetta del tecnicismo medicalizzante.

Questa situazione, che comporta il ricovero di decine di migliaia di handicappati e le conseguenti sofferenze relazionali (distacco dalla famiglia, trasferimento in regioni lontanissime, violenza dell'istituzione totale), arricchisce invece associazioni di categoria, congregazioni religiose, privati speculatori, società di comodo fra medici, costruttori di carrozzelle e di protesi. I controlli sul rispetto delle convenzioni (prefetto e medico provinciale) sono di carattere esclusivamente burocratico, mentre i finanziamenti e le autorizzazioni derivano soprattutto dal clientelismo politico; alla convenienza economica si aggiungono gli interessi elettorali, cosicché si costituisce un potere che contrasterà duramente e per molti anni la politica delle riforme e l'attuazione della sicurezza sociale.

La "fase reattiva" inizia alla fine degli anni '60 con le proposte socio-politiche del decentramento istituzionale, della programmazione, dei servizi sul territorio, della polivalenza degli interventi, della deistituzionalizzazione, della socializzazione. L'apice di questo percorso sembra essere il DPR 616 del '77 al quale è seguito un periodo di stasi e di riflusso tuttora in evoluzione.

Ma che cosa resta della primitiva organizzazione e della cultura del "recupero e dell'assistenza" agli handicappati? Molto di più di quanto comunemente si pensi. In Piemonte, in Lombardia, in Emilia-Romagna, così come nelle Marche, in Puglia e in Campania, sopravvivono le faraoniche strutture riabilitative-assistenziali. I nomi, che furono idee simbolo della contestazione, sono dimenticati, relegati alla cronaca locale o all'interesse, senza memoria storica, di qualche inchiesta televisiva: Cesano Boscone, Porto Potenza Picena, Rimini, Bisceglie...

La stessa riforma sanitaria ammette, a proposito della riabilitazione: "L'Unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni...". Si tratta dell'unico caso in cui la legge prevede convenzioni... *Pour cause.*

Sarebbe tuttavia riduttivo non sottolineare che con la legge sul servizio sanitario nazionale le prestazioni di riabilitazione hanno avuto una definizione legislativa — seppure generica — in termini di sicurezza sociale; sono cioè un diritto soggettivo di tutti i cittadini, garantito dallo Stato, secondo i principi dell'*universalità* (superamento degli interventi settoriali), della *territorialità* (intervento globale sul tessuto del rapporto fra individui, gruppi e istituzioni), in un contesto di pianificazione e di solidarietà nazionale.

Aver superato, mediante la garanzia pubblica, la possibilità di interventi discrezionali e separati, può costituire soltanto un progresso formale se non si chiarisce quali siano gli obiettivi e la metodologia della riabilitazione.

Al di là della eterogeneità e frammentarietà dell'esistente, si può constatare che i modelli dell'intervento riabilitativo di derivazione medica (centrato sullo scopo di "guarire") e quelli basati su programmi cosiddetti globali intensivi e ripetitivi, ma sempre rivolti al deficit, si sono mostrati inadeguati, così come le successive tecniche di recupero di carattere socio-pedagogico. Infine anche la prospettiva culturale e ideologica dell'intervento-progetto, che si attua nell'inserimento sociale, mostra sintomi di appiattimento professionale e richiama, per le sue carenze, gli antichi schemi sanitari-riabilitativi e quindi una nuova separazione fra sanitario e sociale, mediante l'identificazione dell'handicap con la malattia.

In ogni caso la nozione di *riabilitazione* e quella di *handicap* hanno subito negli ultimi anni tante trasformazioni di valutazione che è utile proporre una breve sintesi culturale.

In senso giuridico per riabilitazione si intende la reintegrazione dei diritti civili tolti per effetto di una condanna; il termine è stato poi esteso per significare il recupero ed il reinserimento o la rieducazione dei soggetti handicappati o disadattati. Questo concetto comporta un giudizio preventivo di esclusione (non si può reinserire chi è inserito) e una visione eminentemente tecnica del problema, che ha determinato eccessi razionalistici e definizioni pregiudizievoli che deformano l'attività riabilitativa: classificazione dei soggetti in recuperabili e irrecuperabili, scolarizzabili e non scolarizzabili; la categorizzazione a seconda del tipo di handicap, della "causa storica" dell'invalidità o della situazione sociale che ha determinato o in cui si è verificata la condizione di bisogno; l'obiettivo è quello della *normalizzazione* e della *trasformazione*.

Per gli handicappati si può senz'altro definire lo svolgimento della riabilitazione: recupero fisico e funzionale, istruzione e lotta contro il ritardo scolastico, orientamento e formazione professionale, collocamento al lavoro. Ma occorre fare bene attenzione che la realizzazione di queste *condizioni* di integrazione sociale non divengano, come è accaduto, il *fine*; perchè se gli interventi comportano l'allontanamento troppo prolungato dalla famiglia, la solitudine, la iperprotezione e la segregazione, al termine del processo riabilitativo avremo un handicappato-disadattato o impreparato ai rapporti sociali, con gravi difficoltà nelle relazioni interpersonali e affettive, un soggetto, insomma, che finirà sempre per identificarsi col suo handicap e fare appello alla benevolenza e alla protezione pubblica e privata.

Questa critica della riabilitazione costituisce un superamento della pratica esclusivamente medicoterapeutica, che viene integrata da componenti sociali. In questo quadro l'handicappato deve essere considerato: secondo il *parametro anatomicopatologico*, come il portatore di una menomazione permanente delle sue capacità fisiche, psichi-

che, funzionali; secondo il *parametro sociologico* come oggetto o candidato a dinamiche di emarginazione e di esclusione.

Si può osservare che per la duplice dimensione dell'handicap (deficit bio-fisico, rischio di isolamento sociale) l'intervento non può essere esclusivamente tecnico-sanitario, ma deve contestualmente prevenire e risolvere la reazione sociale negativa. Questo è possibile soltanto se si evitano prestazioni che richiedono trattamenti segreganti e "specialistici" e soprattutto se si considera la persona in modo globale, cioè nella sua dimensione individuale e sociale.

Esiste dunque una correlazione logica e metodologica fra riabilitazione e socializzazione, il cui equilibrio è tuttavia molto delicato, poiché il rischio di privilegiare l'uno o l'altro dei due aspetti, ora per motivi ideologici, ora per motivi strutturali, è molto frequente.

La riabilitazione degli handicappati, anche in un contesto di sicurezza sociale, conserva tuttavia una sua specificità che pone agli operatori e agli amministratori sanitari problemi che richiedono qualche puntualizzazione.

In tutto il mondo occidentale ci troviamo di fronte a due fatti di grande importanza; da una parte i servizi sanitari sono messi a disposizione dell'intera popolazione e dall'altra parte vi è una modificazione e un cambiamento del carico e del genere delle malattie.

Le scoperte del secolo hanno permesso di controllare e di eliminare quasi tutte le malattie infettive e acute. Questo risultato ha contribuito ad allungare la vita della popolazione e a renderla soggetta ad altre affezioni più difficili da trattare. Infatti la possibilità di guarire o di prevenire molte malattie che prima erano mortali ha fatto prevalere quelle croniche e invalidanti, ciò che comporta una evoluzione della pratica terapeutica-riabilitativa.

Anzitutto i tempi della situazione morbosa sono molto più lunghi: non è più sufficiente l'intervento diagnostico e curativo, secondo la successione diagnosi-prognosi-prestazione, che si conclude con la guarigione o con la morte, ma occorre intervenire in quadri patologici a lunga evoluzione. Inoltre la natura delle difficoltà connesse con la malattia invalidante dimostra che gli interventi medici non sono sufficienti, ma devono essere complementari con altre discipline finalizzate al recupero sociale.

Questa constatazione comporta il coordinamento funzionale e di gestione fra i servizi sanitari e sociali, l'esigenza di interventi interdisciplinari e soprattutto richiede una nuova definizione delle *conseguenze della malattia*.

Si tratta anzitutto di superare la nozione tradizionale che è espressa dal seguente schema, segmentato e lineare, *eziologia - anatomo-patologia - manifestazione*.

Questo modello è insufficiente proprio perché

non tiene conto degli esiti ed è quindi riduttivo rispetto ai bisogni.

In caso di malattie acute l'interruzione dell'attività quotidiana, l'impossibilità di far fronte ai propri obblighi, il trovarsi in situazioni di dipendenza e di passività, non costituisce dal punto di vista sociale un problema perché questo stato ha una durata limitata. Al contrario, nel caso di una affezione cronica o progressiva o comunque irreversibile, le situazioni suindicate assumono un carattere permanente e quindi una diversa qualità.

Diventa allora fondamentale la definizione dei postumi invalidanti. Un modo di identificarli, secondo le classificazioni internazionali, è il seguente:

*malattia - infermità - incapacità - handicap.*

La sequenza, che rende conto dei fenomeni e degli effetti connessi con l'evento morboso richiede alcune precisazioni.

Le *infermità* sono l'esteriorizzazione di uno stato patologico rilevabile secondo anomalie riferite ad organi del corpo o a funzioni anatomiche o intellettuali.

Le *incapacità* consistono nella diminuzione o nella perdita dell'attitudine e della possibilità di svolgere certe attività e compiti, nelle stesse condizioni in cui sono normalmente praticate.

L'*handicap* è lo svantaggio di cui è portatore un soggetto che, a causa di una infermità o di una incapacità, non può, in parte o in tutto, svolgere funzioni che sono normali per altri. Si tratta della proiezione sociale dell'evento patologico che richiede interventi e prestazioni "non mediche". In pratica le differenti prospettive rimandano a differenti competenze professionali e operative. In questo senso le infermità si riferiscono soprattutto ai servizi medici, le incapacità alle prestazioni di recupero funzionale, gli handicaps alle attività di servizio sociale. Le incapacità e gli handicaps richiedono poi l'intervento di altri settori come la scuola, la formazione professionale, l'urbanistica, il lavoro, ecc. Tutto questo, occorre sottolinearlo, in un quadro di prestazioni non settoriali, ma coordinate e interdipendenti.

Un ultimo, ma fondamentale, ordine di considerazioni riguarda gli aspetti socio-politici della riabilitazione. Sembra prevalere la convinzione che quelli degli handicappati siano *problemi tecnici* e, in quanto tali, competenza esclusivamente degli specialisti. Questo comportamento ha come conseguenza l'effetto di sottrarre al dibattito pubblico e alla formazione della volontà democratica i temi della socializzazione dei portatori di handicaps e si opera nuovamente una riduzione medico-terapeutica dei servizi. Se l'obiettivo è l'integrazione sociale, se integrazione significa informazione, comunicazione, reciprocità, è evidente che non si può fare a meno della partecipazione dei cittadini, anche e soprattutto di quelli "incompetenti".

Gianni Selleri